



Le positionnement des experts en GRH dans les cliniques : une étude exploratoire à partir du discours de deux DRH

S. Mainhagu

► To cite this version:

S. Mainhagu. Le positionnement des experts en GRH dans les cliniques : une étude exploratoire à partir du discours de deux DRH. 2009, pp.27 P. halshs-00516329

HAL Id: halshs-00516329

<https://shs.hal.science/halshs-00516329>

Submitted on 9 Sep 2010

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



www.cerag.org

Centre d'Études et de Recherches Appliquées à la Gestion_ U.M.R. C.N.R.S. 5820

CAHIER DE RECHERCHE n°2009-03 E1

Le positionnement des experts en GRH dans les cliniques :
une étude exploratoire à partir des discours de deux DRH.

MAINHAGU Sébastien



Unité Mixte de Recherche CNRS / Université Pierre Mendès France Grenoble 2
150 rue de la Chimie – BP 47 – 38040 GRENOBLE cedex 9
Tél. : 04 76 63 53 81 Fax : 04 76 54 60 68



Le positionnement des experts en GRH dans les cliniques : une étude exploratoire à partir du discours de deux DRH

MAINHAGU Sébastien*

CERAG n°03

* Doctorant, CERAG UMR CNRS 5820

sebastien.mainhagu@upmf-grenoble.fr

Janvier 2009

RESUME

Le positionnement des experts en GRH dans les cliniques : une étude exploratoire à partir du discours de deux DRH

Depuis plus de 30 ans, les réformes se succèdent aux Etats Unis, au Canada et dans la plupart des pays européens pour faire de ces organisations des entreprises « performantes ». Les changements menés dans une logique de rationalisation économique ont eu pour effet de modifier les conditions de travail et le contenu des métiers de la santé. Dans ce contexte, quels sont les actions menées par les experts que sont les Directeurs des Ressources Humaines (DRH) et les membres de leurs équipes, pour faire que les soignants acceptent les évolutions de leurs métiers ? Nous proposons de répondre à cette question en étudiant en particulier deux discours de DRH de groupes de cliniques de court séjour qui décrivent leurs expériences et les limites de leurs actions.

Mots clés : Métiers, soignants, DRH, conditions de travail, expérience sociale

ABSTRACT

Positioning human resource management experts in clinics : an exploratory study based on the findings of two human resource directors

For the past 30 years, there have been successive reforms in the United States, Canada and most European countries to turn these organizations into productive companies. The changes which were undertaken with an economic rationalization in mind have resulted in modifying working conditions and the kinds of tasks performed by health care professionals. In this context, what are the courses of action undertaken by the human resource directors and the members of their teams to ensure that the employees in the clinics accept the modifications to their jobs?

The answer to that question will be seen by studying two lines of reasoning from two human resource directors in private hospital groups who describe their experiences and the limitations of their actions.

Key words: jobs, health care providers, human resources directors, working conditions, social experiments

L'hôpital est-il au bout de ses peines ? Depuis plus de 20 ans, les réformes se succèdent aux Etat Unis, au Canada et dans la plupart des pays européens pour rendre ce type d'organisation, a priori pas comme les autres, plus « performant » (Bonafi et Renault-Tesson, 2004, Takagi, 2006). Des pratiques issues des autres secteurs économiques sont introduites pour améliorer leur fonctionnement. Des changements organisationnels sont menés dans une logique de rationalisation économique. Ils ont pour effet de modifier les conditions de travail des soignants, médecins et personnels para médicaux. Les soignants se plaignent de l'évolution de leur activité qui les éloigne de leur métier de base qui consiste à apporter des soins aux malades. L'augmentation du rythme de travail et du stress devient difficile à supporter pour nombre d'entre eux.

Mais les conditions de travail n'expliquent pas tout, un malaise plus profond touche cette profession (Acker, 2003). Ces évolutions sont aussi la conséquence d'une modification de la demande des usagers et des salariés eux-mêmes (Dubet, 2002). Ces évolutions ont pour effet la transformation de ces métiers, qui est plus ou moins bien vécue par les salariés (Acker, 2004).

Ce contexte met à l'épreuve toutes actions managériales pour changer l'organisation et accompagner les professionnels. Les directions des établissements d'hospitalisation doivent pourtant agir et résoudre un dilemme, accroître leur activité en maîtrisant les coûts, tout en fidélisant les professionnels de santé qui sont devenus des ressources rares. Les soignants évoquent en effet plus facilement leur départ, avec le sentiment d'un déséquilibre entre l'effort consenti et la reconnaissance obtenue (Colle et Moisson, 2007). Quelles sont les actions menées par les directeurs des ressources humaines (DRH) avec leurs équipes pour accompagner les soignants afin qu'ils vivent plus sereinement ces évolutions ?

Les compétences des DRH sont spécifiques, ce qui en font des experts. Leurs champs d'actions peuvent être diversifiés. Conformément aux quatre rôles décrits par Dave Ulrich, ils peuvent en principe apporter leurs points de vue dans la réflexion stratégique, en anticipant les implications des choix sur la question des ressources humaines, conseiller sur les changements internes en matière d'organisation et conseiller les managers pour le

développement des compétences des membres de l'équipe. Ils sont enfin garants de la qualité des services rendus par la fonction RH (Ulrich, 1997).

Est-ce que ces quatre types d'activités d'experts de la GRH sont menées par les DRH des établissements d'hospitalisation pour accompagner les changements et de quelle manière ? L'apport de ces acteurs est-il réel, sont-ils qualifiés pour relever les défis spécifiques de ce secteur ? Après avoir décrit ces organisations et le contexte des changements (I), nous analyserons deux discours de DRH de groupes de santé privés, pour comprendre de quelles manières ceux-ci forgent leurs expériences, grâce à l'application d'une grille de lecture théorique inspirée des travaux de Dave Ulrich et de François Dubet qui sera aussi discutée (II).

I – DES ORGANISATIONS EN CHANTIER

L'analyse du contexte interne et externe des entreprises permet de saisir le sens donné à l'action par les acteurs dans le changement (Pichault F, Brouwers I., Cornet A., Gutierrez C., Rousseau, Warnotte G., 1997). Ce contexte est dans le secteur de l'hospitalisation, celui d'organisations poussées aux changements par leur environnement, changements qui se concrétisent par des projets stratégiques (1) mis en oeuvre auprès de salariés qui sont pour l'essentiel des professionnels de santé (2). Leurs conditions de travail (3) et le sens même de leurs métiers est modifié (4), alimentant un malaise et un besoin de reconnaissance (5).

I.1 – Des stratégies managériales qui poussent au changement

Le secteur de la santé connaît des changements importants. Il se caractérise par une contrainte externe forte qu'exerce la puissance publique sur tous les organismes sanitaires. Celle-ci impose le niveau de prise en charge et les modalités de financement des structures. Elle contrôle les entrées sur le marché par le système des autorisations. Elle régleme les pratiques des « professionnels », leurs formations et institue des normes de qualité. Depuis le début des années 80, cette contrainte s'est accrue pour maîtriser les coûts. L'enjeu des réformes du système hospitalier est d'inciter les établissements publics et privés à soigner mieux avec un financement moindre pour la collectivité. De nouvelles modalités de gestion

ont été imposées transformant profondément les organisations et les pratiques. L'une des dernières réformes est la mise en place de la Tarification à l'activité (T2A).

Ces changements ont eu pour effet dans le secteur privé d'enclencher un mouvement de concentration, à travers des fusions mais aussi la création de groupes de santé, dans le but d'atteindre une taille critique et un niveau de rentabilité supérieur. Le taux moyen de rentabilité des établissements d'hospitalisation privés est en moyenne faible, et de nombreuses cliniques ont connu et connaissent encore des difficultés financières. En 2004, près d'un quart d'entre elles étaient déficitaires (Chaleix M et Mermilliod C, 2007). Comme toute entreprise, face à la contrainte de l'allocation des ressources, les directions des établissements ont fait des choix d'activités à partir des informations qui leur venaient du marché et du niveau de rentabilité des activités mesuré par des outils de contrôle de gestion introduits récemment dans ce secteur. C'est l'émergence d'un « management stratégique » (Cauvin, 1997) qu'encourage l'Etat en rendant obligatoire l'élaboration d'un projet d'établissement (Vinot, 2002). Dès lors les directions font des choix en fonction du contexte de la demande, d'opportunités et des points forts de leur établissement.

Les établissements privés de soins de court séjour, c'est-à-dire ayant des activités de médecine, de chirurgie et/ou d'obstétrique (MCO), semblent s'être plus rapidement adaptés à ce contexte. La stratégie souvent adoptée consiste à optimiser l'utilisation des lits en augmentant le nombre d'actes chirurgicaux dans les blocs opératoires, réduire la durée moyenne de séjour (DMS) et transférer une partie de l'activité d'hospitalisation vers des services ambulatoires nouvellement créés¹ (Piovesan, 2003). Ces choix vont de pair avec des projets architecturaux et des modifications de l'organisation du travail voulue plus flexible. Ces projets sont par exemple des fusions de services, une ouverture du bloc opératoire les après midis, qui induisent des entrées dans les services de patients opérés en fin de journée, des services transformés en services de jour fermant le week-end, etc. Dans ce contexte se pose la question du management de ces changements et des pratiques de GRH pour accompagner les salariés qui exercent des métiers de soignants.

¹ On parle d'ambulatoire lorsque la durée de séjour pour une intervention n'excède pas une journée. Cette activité est favorisée par l'Etat. Plus de la moitié des places ambulatoires se trouvent dans les cliniques.

I.2 – Des professionnels aux relations complexes à prendre en compte

C'est le caractère symbolique de la contribution qui fait la spécificité du métier sur l'emploi (Descolonges, 1996). Un ensemble d'emplois peut devenir un métier si au-delà de la dimension économique et technique, il y a une reconnaissance de la contribution des acteurs aux finalités de l'entreprise et de la société dans son ensemble. Les médecins ont acquis une grande estime du public du fait des résultats attestés de leurs pratiques qui touchent à une mission d'intérêt général. Celui-ci accepte alors de les consulter et de se voir imposer leurs pratiques (Friedson, 1984). Fort de cette légitimité, les personnes exerçant ces métiers peuvent réussir à s'entendre autour d'un système cohérent de règles collectives pour l'exercice de ces emplois par les titulaires de qualifications déterminées qui en font des experts (Dubar et Tripiet, 2005). Ce qui fait d'un métier une profession pour les sociologues américains, c'est l'autonomie dont jouissent les membres des associations professionnelles dans le contrôle de leur activité, position acquise auprès de l'Etat et du public au terme d'un long processus. Une rhétorique persuasive est sans cesse à l'œuvre pour justifier cette position dominante (Friedson, 1984, p89). Un petit nombre de métiers dont celui de médecin réussit à maintenir une situation de « monopole ».

Ce n'est pas le cas d'autres métiers comme ceux des soignants non médecins, personnel dit paramédical, qui ne peuvent alors prétendre au qualificatif de « profession » à cause de leur dépendance vis-à-vis des médecins, mais aussi leur absence « de responsabilité, d'autorité et de prestige » (Friedson, 1984, p58). Or cette définition restrictive peut être considérée comme une construction idéologique qui protège le statut d'une élite (Maurice, 1972, p222).

Une définition plus large peut être proposée pour caractériser les professionnels à travers trois critères:

- la distance vis-à-vis des règles de l'entreprise qui les emploie du fait d'un code de déontologie,
- une expertise indépendante de l'entreprise,

- « le sentiment d'appartenance à un réseau de personnes », (...) à « une institution plus ou moins organisée mais pourvoyeuse de valeurs professionnelles différentes, pas forcément en opposition, de celles de l'organisation » (Thévenet, 2006, p 17).

Les professionnels que sont les soignants ont de par la nature de leur organisation et de leur identité, une méfiance vis-à-vis des activités managériales émanant d'individus extérieurs à leur « corporation ». Les directions ont connaissance de cette contrainte, et développent des stratégies et des modes d'actions adaptés pour faire accepter les projets de changements (Carlier, Denis et Lamothe, 2005). Leur management est parfois à rapprocher des modalités d'encadrement des « hauts potentiels » voire des « divas » pour certaines spécialités médicales. La spécificité consiste pour ces personnalités à fort égo « à de l'écoute de la négociation, de la séduction voire de l'intimidation parfois donc à passer du temps à consacrer et prendre en compte le « hors travail » de la personne (Thévenet, 2006, p 22).

Les infirmières et les aides soignantes², sans être sans ce cas de figure, demandent un management spécifique et des pratiques de GRH adaptées. Elles adhèrent fortement aux valeurs de leur groupe professionnel, elles ont aussi un sentiment d'appartenance à leur service de soin, mais rarement à leur établissement (Sainsaulieu, 2006). Elles n'ont pas la même vision de l'efficacité. La direction doit prendre en compte cette singularité mais aussi la complexité des relations dans les services.

En effet, les interactions entre les professionnels de santé sont complexes. Le positionnement des infirmières est ambigu puisqu'elles développent une « idéologie professionnelle » valorisant un « rôle propre » pour obtenir une certaine autonomie et faire reconnaître le caractère spécifique de leur qualification, alors que par définition elles dépendent des ordres des médecins. Cette situation les expose au désenchantement de la réalité et à de la souffrance » (Friedson, 1984, p67). Même en créant un ordre infirmier officiellement reconnu par l'Etat en France en 2008, en contrôlant la formation et en ayant une hiérarchie propre dans les établissements, leur travail reste sous la dépendance d'une autorité extérieure (Friedson, p78). Le dilemme est permanent entre accepter cette dépendance et se distinguer au risque de perdre le sens de leur action, le prestige de l'activité médicale et donc la légitimité.

² Nous utilisons le féminin car ces emplois sont majoritairement occupés par des femmes.

Le stress est inhérent à cette profession du fait de cette position entre médecins et direction source de conflits (Dubet, 2002, Acker, 2003). Le médecin doit « sauvegarder son rapport au malade dont il est responsable et empêcher que les interactions au sein du service le détériore mais il doit aussi faire en sorte que les autres membres du personnel se conforment à ses ordres » (Friedson, p135). Il n'a pas pour autant d'autorité hiérarchique sur le personnel, il doit donc collaborer avec le cadre de soin et la direction. Ces rapports complexes sont plus ou moins conflictuels en fonction des représentations des soignants construites lors de leur formation. L'Etat a joué de cette rivalité pour réduire le pouvoir des médecins dans les hôpitaux en instituant une hiérarchie propre (Féroni et Kober-Smith, 2005 ; Fraisse, Robelet, Vinot, 2003).

Manager ces salariés passe par une prise en compte de ces singularités (Carlier, Denis et Lamothe, 2005). La compréhension des jeux d'acteurs est une clé pour faire travailler ensemble les professionnels de santé autour d'un projet collectif, en intégrant dans la communication des références aux valeurs. C'est d'autant plus nécessaire que ces professionnels se plaignent de la dégradation de leurs conditions de travail.

I.3 – Des conditions de travail modifiées source de tensions

Dans ce chapitre, nous avons fait le choix d'illustrer les apports de la littérature par quelques uns des témoignages recueillis lors d'une étude exploratoire réalisées en 2007 auprès de la clinique de soins de courte durée appelée B, établissement d'hospitalisation privé à but non lucratif dans lequel les médecins exercent en libéral. Immergé pendant une semaine dans la vie de l'établissement, nous avons mené 14 entretiens semi directifs auprès du directeur, de l'infirmière générale, du cadre RH, d'infirmières, d'aides soignantes, d'agents de service et de médecins dont le président de la CME.

Les évolutions de l'activité et de l'organisation ont fait évoluer les conditions de travail. La rotation plus importante des patients provoque une intensification du rythme de travail, ce qui crée du stress. Le temps consacré au malade est plus court, avec des soins techniques plus concentrés sur la période de présence de celui-ci dans l'établissement. Ceci peut amener les

soignants à négliger l'aspect psycho social de leur travail. Certains professionnels hésitent à s'engager dans la relation étant donnée la brièveté du séjour (Acker, 2005, p172). Les tâches d'écriture et de vigilance vis-à-vis des risques d'infections s'accroissent, réduisant le temps de présence auprès des malades (Acker, 2005). L'augmentation de la technicité et du nombre de pathologies traitées a rendu plus complexe l'exercice des métiers de la santé (Acker, 2005). De ce fait, l'organisation est plus complexe avec un temps de coordination qui réduit le temps de soin (Moisdon et Tonneau, 1999). Cette complexité est aussi liée à la singularité même de l'activité : le lieu de travail est le lieu d'hébergement du patient et l'activité est déterminée par le patient. La nécessité d'une organisation routinière est en contradiction avec l'impossibilité de connaître à l'avance les éléments déterminant de la guérison (Moisdon et Tonneau, 1999).

Les conditions de travail sont perçues par les professionnels de santé comme s'étant dégradées ces dix dernières années avec le sentiment d'une accélération du rythme de travail (Le Lau, 2004). Les déplacements longs à pied, le port de charges lourdes, les mouvements douloureux et fatigants sont plus fréquents. De plus, les soignants ont le sentiment d'être exposés à davantage de tensions, d'agressions verbales voire physiques. Enfin, la part des professionnels qui estiment ne pas avoir un temps suffisant pour effectuer correctement leur travail, traditionnellement plus élevée dans ce secteur, a augmenté entre 1998 et 2004. Cependant le collectif reste un soutien pour ces professionnels, plus que dans d'autres secteurs, ce qui peut alléger le poids de la charge mentale (Le Lau, 2004).

Plus que dans d'autres secteurs, les professionnels de la santé estiment ne pas disposer de collègues en nombre suffisant pour faire correctement leur travail (Acker, 2003 ; Le Lau, 2004). « *Les conditions de travail se dégradent, on a augmenté la capacité en lit mais on n'a pas augmenté le personnel (...). Cela dégrade le climat de travail, il y a du stress au sein de l'équipe, il y a plus un sentiment de ras le bol, c'est pas vrai tous les jours mais globalement oui* » (Infirmière). La multiplication des pathologies accroît les risques de se tromper et donc le stress (Acker, 2005). « *Le patient était là trois semaines pour une pathologie pour laquelle il n'est plus là que cinq jours actuellement (...). Chaque patient a donc besoin à 100% de soins et de présence de l'équipe* » (cadre de santé). La charge de travail est vécue par les soignants comme mal évaluée, renforçant chez eux le sentiment que c'est la logique économique qui prévaut au dépens de la qualité de la prise en charge du patient (Dubet, 2002). « *Avec la T2A l'important pour les directeurs est d'équilibrer son budget. La dimension financière devient de plus en plus importante* » (un médecin). Les soignants

comme les médecins s'opposent à la logique financière, même si tous comprennent la nécessité de prendre en compte ce paramètre. « *On est conscient qu'il faut rentrer dans les frais (...) ça va à l'encontre de nos valeurs car on ne travaille pas sur des machines* » (Infirmière). Ils ne veulent pas que leur action soit guidée par cette logique et que leur établissement ait cette finalité. « *Les valeurs sont mises de côté, on nous demande de mettre entre parenthèse nos valeurs, (...) On parle de client, c'est contradictoire. (...) On nous demande de respecter la charte du patient* » (Aide soignante).

Les relations entre soignants et médecins participent aussi au stress professionnel et donc influencent la perception des conditions de travail (Acker, 2005, Le Lau, 2004). Dans la clinique B, les médecins sont reconnus par la direction et le personnel para médical comme une ressource interne à l'établissement bien que ceux-ci soient sous statut libéral. « *C'est une ressource interne car on a le même client (...), on a un intérêt commun d'optimiser un outil de production, la clinique dans un but non lucratif, les médecins pour maximiser leur revenu* » (directeur). Ils ne sont pas cependant perçus comme solidaires de l'équipe de soin. « *Les médecins ne se préoccupent pas d'organisation, ils ne peuvent pas anticiper, c'est selon les pathologies* » (infirmière générale). Nos interlocuteurs reconnaissent que leurs comportements ont évolué. Les médecins ne se permettent plus d'avoir des attitudes irrespectueuses. A quelques exceptions près, ils restent encore individualistes et ne font pas d'efforts pour travailler en équipe (Schweyer, 2003). « *Quand elles ont un patient qui ne va pas bien et qu'elles ont du mal à avoir une réponse auprès du médecin hospitalisant, c'est beaucoup plus stressant pour elles que quand elles ont un médecin en face qui est à leur écoute et à l'écoute du patient et qu'on essaie de trouver des solutions* » (cadre de santé).

Les deux médecins interrogés ne partagent pas le point de vue des soignants sur les conditions de travail ou plus exactement pensent que les services sont mal organisés. Les soignants considèrent que les médecins ne les ont pas soutenus lorsqu'il a fallu augmenter le nombre d'entrées. S'il y a un patient supplémentaire, alors que le service est complet, ils vont l'imposer. Ils n'ont pas soutenu les équipes lors du conflit avec le directeur sur l'augmentation de l'activité. Ils raisonnent en fonction des attentes du patient et non en prenant en compte les réalités des équipes (Schweyer, 2003).

I.4 – Le malaise des soignants face à l'évolution de leurs métiers

Cependant, ce serait trop simplifier la réalité que de s'en tenir à une évaluation de la seule charge de travail, car ces évolutions sont aussi les conséquences d'une évolution de la demande des usagers et des salariés eux-mêmes. « La croissance des problèmes psychologique correspondrait à une amplification des éléments de fragilisation des situations de travail, en terme de perception, qui peut être mise en relation avec la politique de remaniement profond du secteur hospitalier. Mais dans l'ensemble, les conditions de travail, telles qu'elles sont perçues, ne semblent pas pouvoir expliquer à elle seules le malaise des infirmières ». Car « il existe satisfaction au travail liée à la reconnaissance de la profession, de ses références propres » (Acker, 2003, p 298). Le parcours professionnel des soignants a le plus souvent répondu à leurs attentes, l'épanouissement professionnel et personnel est une raison de ne pas quitter cet emploi. On reste infirmière par ce qu'il permet d'échapper à la routine et de se remettre en cause. Certaines sont intéressées par l'évolution constante du métier qui suit le développement des sciences et les transformations du système de santé. Elles souhaitent participer au développement de cette profession (Acker, 2003).

De plus, le rapport entre les usagers et ces organisations a changé. Les hôpitaux étaient des organisations bénéficiant d'une légitimité forte, les patients reconnaissaient a priori les compétences des professionnels. Ce statut est aujourd'hui remis en question (Dubet, 2002). L'utilisateur demande la preuve de leur efficacité, comme si les erreurs médicales et des expériences malheureuses de prise en charge avaient amené les citoyens à une prise de conscience critique, faisant perdre à l'organisation et au professionnel leur piédestal. Le patient demande une prise en compte de sa singularité et une information des actes pratiqués, car il se méfie des professionnels qui interviennent sur son corps malade et de l'hôpital qui l'héberge. Il ne veut plus subir les dysfonctionnements de l'organisation (Moisdon J-C. et Tonneau D, 1999). Il est davantage informé sur sa pathologie et moins passif.

La législation a institué cette demande sociale à travers le droit des patients. Le rapport entre patient et professionnel de santé s'est modifié, le contenu du métier de soignant également (Paradeise, 2000). Le positionnement des soignants vis-à-vis des patients peut être ambigu. Le contact de ces derniers est recherché pour la légitimité qu'il offre à l'activité mais leurs

comportements peuvent être critiqués car non conformes aux représentations du malade discipliné (Acker, 2003). « *Quand le patient arrive, on l'accueille, on lui explique un peu tout mais souvent les patients ils râlent, ils disent qu'ils ont payé, ils connaissent le prix. Avant on ne parlait pas d'argent, on a l'impression qu'ils viennent à l'hôtel* » (Aide soignante).

Ces salariés ont eux mêmes évolué dans leurs relations à leur employeur. L'engagement total n'est plus de mise aujourd'hui, les salariés n'acceptent plus de sacrifier leur vie personnelle à leur travail et mesurent leur investissement, parfois se montrant désabusés et critiques vis-à-vis de la direction (Colle et Moisson, 2007). Il n'y a plus ni chez les médecins ni chez les soignants, cet investissement que les anciennes générations avaient dans leur métier. Ceux-ci préservent leur vie personnelle et font moins d'heures qu'avant. « *L'état d'esprit évolue, le rapport au travail n'est plus le même aujourd'hui, les salariés privilégient leur vie personnelle* ». Les médecins peuvent s'associer avec des confrères pour partager les contraintes. « *On assiste à l'émergence de groupes médicaux dans sa spécialité, des associations pour faire face aux astreintes, à la pénibilité, et pour faire face à des problèmes, c'est plus sécurisant pour le patient et le praticien* » (Président CME).

Ces évolutions ne sont pas propres à l'hôpital, le fait que les métiers évoluent dans leur contenu n'est pas singulier, toutes les organisations s'y trouvent confrontées. Mais ces changements provoquent peut être ici davantage de mal être chez les professionnels et de besoins de reconnaissance (Acker, 2004).

II.5 – Un besoin de reconnaissance des soignants permanent

Pour François Dubet, les professionnels doivent en permanence produire du sens à leur expérience, chose que ne fait plus pour eux ni l'organisation ni la société. Cette expérience est par définition instable et périlleuse car les soignants sont confrontés à trois logiques contradictoires : celle du service, celle du contrôle et celle de la coopération, qu'il relie à trois « mondes » ou « pôles » différents (Dubet F, 2002, p 218). Le « monde subjectif » est celui de la relation entre deux sujets, le soignant et le malade, marquée par la recherche d'une reconnaissance réciproque. Le « monde social » est celui de la relation entre l'organisation et

le sujet usager. « Le monde technique » est celui de la science et la maladie. Entre ces trois « mondes », le sociologue identifie des logiques d'action distinctes : entre le monde du subjectif et du social, le sens donné à l'action est basé sur la notion de service de qualité que les soignants sont sensés offrir aux usagers. Entre le monde subjectif et technique, les soignants contrôlent que le processus de guérison se fasse bien, faire que le malade se comporte bien. Entre le monde social et le technique, dans une organisation complexe, les soignants participent à la coopération entre les différents acteurs.

Ces différents pôles correspondent à trois processus de l'action : celui de l'intégration par la socialisation, de l'élaboration de stratégies par des acteurs en interaction et celui de la subjectivation, amenant une reconnaissance comme sujet (Dubet, 1994, p137). Les contradictions entre ces logiques amènent des critiques de la part des soignants : les excès de la technique qui n'évite pas les morts, l'absence de temps pour s'occuper des patients, le manque de formation en psychologie, l'absence de moyens, le poids de la bureaucratie, les comportements des malades qui protestent et veulent tout savoir. Par exemple, la logique de service est en contradiction avec celle de coopération. Les soignants vivent les activités de coordination comme une corvée entraînant une baisse de présence auprès du malade. Il y a un décalage entre la perception du métier comme vocation et le fait que l'organisation soit de plus en plus exigeante et enlève la maîtrise de l'activité aux professionnels.

La critique est donc intrinsèque à l'expérience de travail des soignants (Dubet, 2002, p 210). Pour le sociologue, ces réactions sont un mode d'expression inhérent au processus de socialisation qui a changé de nature. Il est moins basé sur des rapports de domination et davantage sur la promotion des ressources propres de l'individu en vue de son intégration (Dubet, 2002, p 346). Il y a une construction d'une expérience commune avec le patient, ce qui a pour effet de rendre le processus de socialisation « plus tendue, plus contradictoire et plus hétérogène » (Dubet, 2002, p 368). Construire une cohérence entre ces trois logiques est une expérience difficile qui crée du stress. La logique de service est celle qui fait le plus référence au rôle propre des soignants centrée sur l'activité relationnelle. Mais celle-ci n'est pas reconnue par le malade et l'organisation car peu objectivable. On ne peut pas démontrer en quoi cela contribue à la guérison et quel soignant a été performant. De plus, cette activité n'est pas valorisée comme la technique car liée à des activités perçues moins dignes (Dubet, 2002, p 229).

Pour donner sens à leur action les soignants mobilisent les valeurs acquises lors de leur socialisation professionnelle, des stratégies individuelles ou collectives pour se protéger ou gagner en autonomie, leur subjectivité alimentée par les débats de société et l'évolution des mœurs. Ce modèle de l'expérience sociale (Dubet, 1994) permet de comprendre les actions des soignants, leur position instable dans un contexte d'incertitude. Selon le sociologue français, la direction voit le stress et la critique comme une faiblesse individuelle ou résistance au changement alors que c'est l'expression d'une expérience de travail contradictoire. Pour lui, l'organisation n'intervient plus pour légitimer les professionnels dans leur action. La mise à l'épreuve est permanente et les soignants sont isolés. La construction de la compétence et de l'identité est incertaine et individuelle. Toujours selon cet auteur, pour lutter contre un risque d'épuisement, la direction et l'encadrement devraient jouer un rôle de « régulateur » pour protéger les soignants de la dévalorisation, en affichant des règles accessibles à tous. Les DRH peuvent-ils jouer ce rôle ?

II. – QUELLE EST LA CONTRIBUTION DES EXPERTS DE LA GRH ?

Les DRH mettent en œuvre des politiques de GRH pour accompagner les changements. Nous avons interviewé deux DRH de groupes de santé, qui possèdent plusieurs cliniques de court séjour. Leurs témoignages nous ont semblé intéressant car ils présentaient une diversité d'activités en mesure d'être questionnées à travers la grille des quatre rôles proposée par Dave Ulrich. De plus, la dynamique des jeux d'acteurs et le processus de production d'une expérience sociale était émergente dans leurs discours. Notre objectif n'est donc pas d'extrapoler à partir de ces deux exemples une description des pratiques dans ce secteur. Ces discours nous serviront par contre à encrenir la figure de l'expert en gestion des ressources humaines (GRH) dans le contexte de ces cliniques et se poser des questions sur leur rôle dans la conduite des changements dans ce secteur puis de tester un cadre d'interprétation élaboré à partir du modèle des quatre rôles. Après avoir présenté le modèle interprétatif des rôles multiples des experts en GRH (1), nous présenterons le contenu des deux discours de DRH (2), pour discuter à la fois de leurs contributions mais aussi le modèle choisi pour comprendre leurs actions (3).

II.1 – Un modèle interprétatif de l'action des experts de la GRH

Le terme de GRH renvoie aux pratiques, à une fonction dans l'organisation et aux personnes chargées de ces questions. Les pratiques de GRH sont l'ensemble des activités permettant aux dirigeants d'une organisation d'acquérir des ressources humaines, de les stimuler et les réguler. On peut identifier trois niveaux d'intervention en matière de GRH : celui de la définition de la politique en lien plus ou moins fort avec la stratégie de l'entreprise, celui de l'élaboration des outils de gestion et de solutions d'organisation du travail, enfin celui de la mise en œuvre de ces choix et l'utilisation des outils auprès des salariés. Cette dernière dimension est de l'ordre du management. Nous faisons le choix de distinguer les actions de GRH des actions de management, considérant que l'expertise requise n'est pas la même dans les deux cas. Pour autant, les liens entre management et GRH sont nombreux, C'est même des problèmes de management que les actions de GRH tirent leur sens.

Les activités des trois niveaux peuvent être menées par des individus distincts ou un même individu peut intervenir dans les différentes dimensions. La configuration de la division du travail en matière de GRH est fonction notamment de la taille de l'entreprise. Il serait réducteur de la cantonner aux activités des experts du service « RH » qui seraient les seuls à avoir les compétences en la matière. En effet, dans les établissements d'hospitalisation plusieurs acteurs pilotent la GRH : les médecins pour les pratiques qui les concernent, le directeur de l'établissement, la directrice des soins et les cadres RH lorsqu'ils existent pour les autres personnels. Les syndicats et/ou les représentants du personnel exercent une influence plus ou moins forte sur l'élaboration de ces pratiques. Pour autant, les responsables RH ou DRH et les personnes travaillant dans cette fonction, peuvent jouer un rôle premier pour introduire des pratiques de GRH nouvelles pour ce secteur, accompagner les changements organisationnels et les mutations des métiers.

Dave Ulrich utilise le terme de « professionnel » pour parler de ces acteurs en donnant cinq critères pour définir ce terme : des objectifs définis par des résultats, des connaissances partagés, des compétences, des règles éthiques et des rôles clairs (Ulrich, 1997, p18). Ce sont des experts puisqu'ils ont un savoir spécifique, qui ne dépend pas de la seule entreprise qui les paie. Ils peuvent se référer à des associations de professionnels qui promeuvent une éthique.

Cependant à la différence des professionnels, ils n'ont pas ce sentiment d'appartenance à une communauté au-delà des frontières de l'entreprise. Au contraire, ils sont partie prenante des choix managériaux en étant membre de la direction. Nous substituerons donc le terme d'expert à celui de professionnel utilisé par Dave Ulrich.

Ce dernier propose de décrire l'action des experts en GRH à travers quatre « rôles ». Le premier rôle est celui de partenaire stratégique. L'expert en GRH propose des pratiques de GRH qui vont rendre possible le projet stratégique. Pour cela, il fait des diagnostics organisationnels. Le second rôle est celui d'agent des transformations (changements profonds de l'organisation et de la culture) ou des changements (amélioration de l'organisation et des modes de gestion) induits par le projet stratégique. L'expert en GRH aide les managers à conduire les changements à faire évoluer les employés dans leurs représentations. Il sait prendre en compte le passé, les valeurs, y puiser des forces pour identifier de nouveaux comportements, construire une relation de confiance, résoudre des problèmes et élaborer puis mettre en place avec le manager des plans d'action. Il intervient comme un consultant en interne.

Pour Dave Ulrich, c'est le rôle le plus important qui nécessite une bonne compréhension des processus critiques du changement (Ulrich, 1997, p31). Le troisième rôle est celui de manager d'un service administratif. L'expert en GRH contribue à rendre efficace en permanence les services rendus par la fonction RH. Enfin le quatrième rôle consiste à faire le lien entre les contributions des employés et le succès de l'organisation. C'est un facilitateur de talent qui passe du temps pour comprendre les besoins des salariés, leur fournit indirectement des moyens, des réponses aux questions que provoquent les changements par l'intermédiaire des managers qu'il accompagne.

S'il a le mérite de poser la question de l'évaluation, le modèle de l'expert de GRH est à manipuler avec précaution (Le Louarn et Wils, 2003). Dans la présentation qu'en fait Dave Ulrich, ce modèle a un caractère normatif. L'évaluation des performances de la GRH et de l'entreprise en général passe par le comportement adéquat de ces acteurs selon des grilles qu'il propose pour chacun des rôles. Il utilise pour cela des grilles listant des questions sur les pratiques à l'œuvre. Pour Dave Ulrich c'est le manque de professionnalisme des experts en

GRH qui explique la place qu'occupe cette fonction dans l'organigramme et leur faible sollicitation dans les phases d'élaboration des stratégies. Cet auteur fait cependant remarquer que ces quatre rôles peuvent être portés par une équipe plutôt que par un seul individu. L'étude des profils des DRH dans les cliniques et des actions mises en œuvre est donc intéressante à faire pour connaître la contribution et les limites de la GRH comme levier du changement. Est-ce que le personnel expert en GRH est en capacité de proposer des pratiques pour relever le défi des changements organisationnels et l'accompagnement des soignants dans l'évolution de leurs métiers ?

La démarche qui est la nôtre est cependant moins prescriptive. La présence d'experts en GRH dans ce secteur est récente du fait de l'histoire de ces organisations, hier gérées comme des bureaucraties ou des PME familiales. Un des objectifs des DRH a été d'implémenter des pratiques mises en place dans d'autres secteurs. Cependant une adaptation est, nous l'avons vu, souvent nécessaire avec des professionnels de santé hostile à l'introduction de pratiques aux logiques extérieures à la leur. Nous pourrions donc nuancer le caractère normatif du modèle de Dave Ulrich en utilisant la description des rôles comme des types idéaux, ce que l'auteur ne propose pas explicitement. Nous appliquerons cette clé d'analyse aux discours de deux DRH qui nous ont décrit leurs activités.

II. 2 – Les expériences de deux DRH de groupes de santé

Le premier est DRH du groupe de santé N de dimension nationale qui possède de nombreuses cliniques de soins de court séjour à but lucratif. Il se donne pour objectif d'accompagner la mutation des métiers et l'acquisition de nouvelles compétences, car « *les métiers se complexifient* » avec une polyvalence des tâches. Pour lui, les infirmières ont désormais une responsabilité juridique dans la prise en charge du patient. Si la durée des actes de soins tend à se réduire du fait de l'amélioration des techniques, ce gain de temps est utilisé pour assurer les tâches d'écriture pour la traçabilité et la gestion des vigilances. Il pense que les postes d'infirmières référentes, comme les infirmières hygiénistes, vont se développer. Ces dernières consacrent peu de temps au soin mais forment les autres. De plus selon lui, les profils des soignants évoluent avec de grandes tendances : hier « *bonne sœurs* », puis « *techniciennes investies* », maintenant ce sont des « *mercenaires* » qui ont des exigences de rémunération et

d'aménagement du temps de travail pour organiser leur vie privée. Cette évolution est due à la situation de pénurie. *« Pour les faire rester dans la clinique il faut un bon manager ».*

Le cadre de proximité n'a pas besoin d'être expert en RH mais doit être un bon manager et un référent technique, enseigner les soins aux autres, d'autant que selon lui les soignants sortent des écoles avec des connaissances en management, sur la réglementation et leurs droits mais ont une moins bonne maîtrise des actes techniques. Pour le DRH du groupe N, un des enjeux actuels dans le secteur est la formation des cadres. Il pense qu'il y a un déficit de formation. Les écoles publiques des cadres et les cursus universitaires en management de la santé n'apportent pas une réponse satisfaisante. Dans le premier type de formation, les contenus sont trop accés sur le fonctionnement des hôpitaux publics de grande dimension où la hiérarchie est très présente. Dans le privé, l'organigramme est aplati avec un niveau de réactivité exigé plus important. Les outils de management et de GRH utilisés à l'hôpital ne sont pas adaptés selon lui. De plus, les cadres ne sont pas formés à être proactifs dans la gestion des risques. *« Ils sont sensibilisés au respect de la réglementation avec la crainte de la catastrophe ».*

Le DRH du groupe N intervient auprès des Directeurs de Soins Infirmiers (DSI) des cliniques du groupe pour les faire évoluer dans leur métier. Pour cela, il anime des séminaires. Le dernier en date avait pour thème l'autoévaluation et l'évaluation des compétences. Il a constitué aussi des groupes de travail sur la construction de référentiels de compétences. Pour lui, les DSI doivent avoir des compétences dans la conduite des changements organisationnels, être des experts des soins complexes et de la gestion des risques. Ils doivent aussi maîtriser un minimum les outils de contrôle de gestion et les principes de la GRH. De ce fait, le recrutement des DSI est plus exigeant. *« C'est rare de trouver des cadres qui ont toutes ces compétences ».* (...) *« Pour avoir des pointures en management, en gestion des risques et en GRH (...) il faut les payer plus cher ».* Aujourd'hui, la nouvelle génération semble davantage sensibilisée à la question du management.

Cependant ce DRH pense que les DSI sont trop polyvalents, se dispersent. Il faut recentrer leurs activités sur les missions de gestion des risques et sur le management. Pour cela, il propose qu'ils s'appuient sur des experts de la GRH. *« Les DSI doivent rester porteur de la*

politique RH mais être épaulées par des techniciens, (...) sinon elles risquent faire des erreurs sur le plan juridique ». Ce discours a du mal à passer car « *elles ont l'impression qu'on leur enlève des activités, (...) C'est vécu comme une perte de pouvoir* ». Ce DRH vient de faire l'expérience d'adjoindre un expert RH à une DSI. Cette initiative a suscité au départ des réactions négatives de la part du directeur et de la DSI, mais « *aujourd'hui, c'est accepté quand on voit comment elle [la cadre RH] est sollicitée* ». Le DRH a le projet de créer un poste de « *référént régional RH pour 500 ou 600 salariés* ». Le DRH du groupe N doit convaincre les directeurs des cliniques et les DSI car à chaque fois qu'il a voulu imposer des choix, cela s'est mal passé. Il ne prend plus par exemple de décision de recrutement si le directeur de la clinique et le DSI ont un avis contraire. Il pense maintenant qu'il faut laisser les soignants proposer des solutions vécues comme plus efficaces. Il utilise le prestige de sa fonction perçue comme hiérarchique pour convaincre.

Ce DRH a fait évoluer sa fonction depuis cinq ans. Avant il était cantonné aux relations sociales, puis il a élargi son rôle à l'organisation du travail dans les services de soins et au management. Le DRH doit selon lui jouer le rôle de « *testeur d'idées* », car il peut « *oser* ». Il parle de « *recherche et développement* » et se compare à un « *consultant interne* ». « *Les cadres ne prendront pas des initiatives dans le secteur de la santé, ils ne sont pas ouverts au changement* ». Il faut selon lui créer des projets de changement. Il donne l'exemple de la qualité qui a été imposée de l'extérieur. Par contre après il laisse les cadres expérimenter et décider car il n'a pas la légitimité du soignant et manque de proximité pour sentir les choses. Une fois l'expérience probante, il essaime dans les autres cliniques. Le DRH du groupe N dit avoir la confiance du directeur général. Il donne un exemple, le Directeur Général l'a informé qu'ils avaient décidé de sous traiter l'entretien des locaux. « *Je lui ai demandé d'avoir carte blanche (...) J'ai alors voulu mouiller les partenaires sociaux dans le changement en les impliquant en leur faisant signer un accord tripartite entre eux, nous et le repreneur des salariés. (...) J'ai sécurisé l'accord alors que je n'étais pas obligé* ». Il a employé la même méthode pour la prime conventionnelle au mérite ce qui lui a permis d'introduire la variabilité dans la rémunération.

Le deuxième témoignage est celui du DRH du groupe de santé D de dimension départementale, participant au service public, possédant plusieurs cliniques de soins de court séjour à but non lucratif. Il considère sa fonction comme celle d'un aidant qui « *met de l'huile*

dans les rouages, (...) donne des moyens » pour développer les compétences. Il conseille les cadres et la direction générale. Il accompagne l'encadrement, les partenaires sociaux et les médecins dans les évolutions. Lorsqu'il a pris ses fonctions en arrivant de l'industrie, il a dû mettre en conformité les contrats de travail avec la convention collective, mettre en place un suivi budgétaire de la masse salariale à travers des tableaux de bord. Il a participé à la création de postes d'encadrement de proximité, « managers » de petites unités (20-25 lits). Enfin, il a favorisé l'émergence de partenaires sociaux crédibles avec le souci de les informer, ce qui a permis de s'appuyer sur eux pour un plan social par la suite. Pour lui l'enjeu pour le secteur est d'avoir des cadres compétents sur le plan technique, dans la relation et qui soient éthiques. « Ils sont déchirés entre la qualité, la sécurité des soins et les enjeux de restructurations notamment économiques. (...) La question du recrutement est essentiel mais difficile ».

Le binôme médecin - cadre de soins est essentiel selon ce DRH. Les cadres sont mieux suivis selon lui. *« On essaie de faire un suivi de plus en plus strict sur les entretiens individuels, les réunions de service, la gestion de planning, etc. Ça reste malgré tout difficile. On a mis en place des responsables de clinique qui encadrent les cadres de santé mais ce n'est pas simple. (...) Comme dans l'industrie, la difficulté c'est que l'essentiel du management pour un cadre de proximité c'est moins l'utilisation des outils que l'esprit dans lequel il va les utiliser. (...) On le juge plus dans le mal-être de l'équipe que par une véritable évaluation car c'est de l'ordre du subjectif. On a des cadres qui sont très mauvais en termes de planning, qui ne sont pas très carrés et pourtant qui ont une façon de manager qui passe bien car à la fois ils posent des actes d'autorité qui sont clairs et justifiés et ils sont en proximité, en reconnaissance et en accompagnement de leur équipe, et ils trouvent le juste équilibre dans leur façon d'être. Il y en a d'autres au contraire qui sont des pro de l'informatique et qui vous font des comptes rendus parfaits, qui ont des plannings à la virgule près, mais qui ne sont pas équitables dans la répartition par exemple, qui vont prendre des décisions cassantes, qui ne vont jamais être en reconnaissance de proximité de leur personnel. Si on regarde les choses de manière objective, c'est le second qui va être le mieux noté. La difficulté est dans l'évaluation du manager. C'est surtout les résultats subjectifs qui comptent, la dynamique qu'il crée, la capacité de l'équipe à être en bien être, être stable, et à être dans une vraie dynamique d'évolution et d'amélioration. C'est aussi dans la relation qu'il a avec les médecins. (...) On détecte les difficultés a posteriori, on essaie de les corriger, c'est difficile de travailler sur le savoir être ».*

Il considère comme un fait indéniable que les conditions de travail se sont dégradées. Trois raisons peuvent être mises en avant selon lui. « *Il y a un rythme sociétal qui s'est largement accéléré, l'appréhension du temps qui crée du stress, mais c'est vrai dans tous les secteurs* ». De plus, « *dans la tête des gens il y a un juste équilibre à trouver entre temps travail et le temps personnel, le plus grand nombre n'est plus en capacité de donner du temps personnel pour faire son travail, cela crée une très forte frustration chez les soignants car ils veulent donner au patient mais ils ne peuvent plus* ». Enfin, c'est un secteur qui est énormément encadré par des normes juridiques et de qualité, qui ont beaucoup changées avec comme effet plus de travail administratif qui éloigne de la relation avec les patients.

La médecine a aussi évolué, avec moins d'interventions lourdes. « *On est passé d'un monde où le soignant était en proximité au patient, et voué au patient à un monde où le soignant passe un temps non négligeable à faire des papiers, des réunions et n'est plus au chevet du patient, et ça crée des tensions car le soignant n'a plus l'impression de donner directement au patient, le soignant devient plus technicien, c'est ce qui explique cette tension. (...) Ça revient en permanence dans les discours des soignants mais aussi des médecins, c'est une réalité incontestable, c'est vrai aussi pour le métier de directeur, hier il s'occupait de l'hôpital en prise direct avec le patient, à cause de l'évolution juridique, il y a de plus en plus d'obligations* ».

De plus, « *l'évolution des métiers est beaucoup liée au poids que prend aujourd'hui la technicité du geste, mais aussi la traçabilité pour des raisons de qualité, de lisibilité et de communication entre acteurs, ce qui n'existait pas du tout avant. Cela enrichit le soin mais fait que le soignant est moins en proximité. (...) Je crois beaucoup à la réflexion sur le bien être au travail, qui passe par des conditions de travail qui soient meilleures, avec du matériel, de la souplesse dans les horaires, des locaux agréables, une dynamique d'équipe où on a du plaisir à s'inscrire* ». Les conditions de travail est un objet de préoccupation pour tous les DRH rencontrés qui savent que c'est par leur amélioration que passe le succès d'une fidélisation du personnel.

II. 3 – Une analyse des discours des deux DRH

Pris comme des types idéaux, les quatre rôles des experts de la GRH décrits par Dave Ulrich sont utiles pour décrypter les activités des deux DRH. Tout d'abord les deux DRH ont-ils des activités se rapprochant du rôle-type de « partenaire stratégique ? Dans les deux cas, ils évoquent leur participation à la réflexion au sein du comité de direction. Leur analyse sur l'évolution des métiers des professionnels de santé rejoint celles relevées dans la littérature. D'une part, on peut penser qu'ils s'informent des résultats obtenus par les scientifiques. D'autre part, leurs observations sont aussi le fait de leur expérience, de s'être confrontés à la réalité des établissements. Cette reconnaissance comme partenaire stratégique semble cependant fragile si on considère l'anecdote décrite par le DRH du groupe N, révélant que le choix de la sous-traitance des services hôteliers s'est faite sans que son avis ait été sollicité.

Le second rôle-type est celui d'agent du changement. Dans les deux cas, le DRH semble agir comme consultant interne, apportant un diagnostic organisationnel et une vision sur le développement des compétences. C'est très net dans le cas du DRH N qui propose des projets d'organisation des cliniques en phase avec l'analyse des évolutions des métiers qu'il fait et des enjeux tels qu'ils sont perçus. Il semble jouer le rôle de consultant dans la transformation de la fonction du DSI dans ces organisations. Il paraît accompagner les cadres dans les évolutions de l'organisation du travail et l'acquisition de compétences managériales à travers des séminaires qu'il anime lui même. Le DRH D dit être associé à la réflexion organisationnelle qui a donné naissance à une configuration originale du groupe avec la création de postes de responsable de clinique occupés par des cadres de santé. Sa contribution ne peut être évaluée précisément mais on peut penser qu'il a joué un rôle non négligeable dans les choix qui ont été faits.

Cette action de changement organisationnelle s'appliquerait aussi aux services RH. Dans le cas du DRH N, celui-ci décrit comment il a mis en œuvre une organisation décentralisée de la GRH dans les cliniques et son projet de créer des postes de responsable de ressources humaines pour plusieurs établissements. On sait par ailleurs que le DRH D a créé le service RH tel qu'il existe aujourd'hui, avec désormais trois cadres spécialisés (formation, compétence et recrutement). Le troisième rôle-type de manager du service des ressources humaines est perceptible. Le positionnement de cette fonction est dans leur discours sur une logique de services aux établissements, de conseil aux managers.

C'est dans cet esprit aussi que l'on peut relever la contribution au développement du personnel, le quatrième rôle-type selon Dave Ulrich. L'accompagnement des managers serait conduit par les équipes RH pour une meilleure efficacité de leur acte de management, à travers aussi l'action des DSI. On peut voir dans le cas du DRH D un souci d'une évaluation permanente de la GRH pour faire que les talents soient valorisés et formés pour évoluer en interne.

La grille de Dave Ulrich est donc intéressante pour comprendre la diversité des activités des experts en GRH. Pour autant, ces actions sont contraintes à la fois en des acteurs externes à l'organisation comme les enseignements des écoles de cadres qui induisent des comportements peu adaptés aux évolutions des cliniques selon le DRH N. Elles sont aussi déterminées par le contexte interne du fait des interactions qui se jouent au sein de la direction générale mais avec les directeurs des cliniques et leurs DSI. On perçoit à travers leur discours que leur place est instable, qu'ils doivent convaincre en permanence.

Les deux DRH seraient dans l'expérimentation, « testeurs d'idées », et cela malgré leur expérience acquise dans d'autres secteurs. D'une part l'implémentation de pratiques de GRH demanderait une adaptation au contexte spécifique de ce secteur. Les acteurs de la GRH tout comme les managers et les soignants sont dans bien des cas dans la recherche de solutions en dehors du cadre des règles et des routines. L'imitation pure et simple de pratiques importées d'autres secteurs ne fonctionnerait pas toujours. De plus, les DRH peuvent rencontrer l'hostilité des acteurs, les directeurs des cliniques et les DSI, mais aussi à la direction générale notamment celle des financiers. Comme nous l'exprimait le DRH d'un autre groupe, la GRH du secteur de la santé est comme toute GRH sous contrainte, avec des problèmes de justification et de légitimité de son action face aux financiers et aux professionnels de la santé, des problèmes de positionnement par rapport à la stratégie. Le contexte économique réduit les marges de manoeuvre et les expérimentations coûteuses de la GRH. Les pratiques ont de ce fait dû être réinventées pour répondre aux enjeux que constituent l'attractivité des postes proposés aux professionnels de santé, donc la nécessaire prise en compte des conditions de travail, et l'accompagnement de ces salariés dans la mutation de leurs métiers.

Ainsi notre analyse des conditions de réussite ou d'échec des pratiques de GRH pour accompagner les établissements de santé dans leurs mutations serait mieux outillée. Cette double construction théorique pourrait être appliquée à un nombre plus important de récits d'experts RH, récits complétés par d'autres sources d'informations.

Le cadre d'interprétation ainsi décrit est à la fois un modèle descriptif de l'action de ces acteurs et un modèle prescriptif, puisqu'il pose la question de l'adéquation des profils des personnes en charge de la GRH pour relever les défis qui se posent à eux dans ce secteur. Il serait alors possible de relever ce qui est responsable du niveau de réussite de l'action des experts en ce domaine : la compétence propre aux experts en GRH et le contexte favorisant ou freinant leurs apports ? La modestie des résultats affichés par ces deux DRH de groupe de santé, pourtant expérimentés, nous incite à nuancer la valeur des seules capacités individuelles dans la réussite des missions de la GRH dans ce secteur.

Les acteurs de la GRH ne sont cependant pas tous des experts. La GRH est portée dans des établissements de petite dimension où n'existe pas cette fonction. La GRH est portée par le binôme constitué par le directeur de la clinique et le DSI qui ont vraisemblablement des activités correspondant aux quatre rôles de Dave Ulrich. Ils sont cependant souvent aidés par d'autres experts, des fournisseurs de prestations de services que sont des consultants externes avec qui ils doivent construire une relation. Le cadre d'interprétatif décrit pourrait aussi servir pour analyser l'action de ces trois acteurs dans leurs interactions.

Bibliographie :

Acker F. (2003), « Les infirmières : une profession en crise ? », *Jean de Kervasdoué (dir), La crise des professions de santé*, Dunod, Paris, p281-306.

Acker F. (2004), *Configurations et reconfigurations du travail infirmier à l'hôpital*, Rapport DREES-MIRE, convention 16/01, juillet.

Acker F. (2005) « Les reconfigurations du travail infirmier à l'hôpital », *Revue française des affaires sociales*, n°1, p161-181.

Bonafini P. et Renault-Tesson C. (2004), « Le management des hôpitaux français : palliatif ou curatif ? », in *Management International*, 9, 1, p1-11.

Conclusion

L'analyse de la spécificité du secteur nous a permis de contextualiser les pratiques de GRH dans les cliniques. Nous avons ainsi mis en évidence l'enjeu pour la GRH d'être un acteur du changement et répondre à des demandes contradictoires : celle de l'économie, poussant à la rationalisation de l'organisation, celle de la « société » des soignants poussant à considérer la dégradation de leurs conditions de travail et la mutation de leurs métiers. Le discours des deux DRH, acteurs du changement parmi d'autres dans les cliniques, met en scène leurs expériences. Nous avons pu recueillir quelques informations sur leur vécu qui nous ont servi à tester le cadre d'interprétation de Dave Ulrich, une fois repositionnés les quatre rôles comme des types idéaux.

Nous a alors semblé que les experts de la GRH, comme les professionnels de santé, sont dans des situations instables, sans garantie d'une reconnaissance de leurs choix et prises de risques. L'action des DRH serait faite de tâtonnements mobilisant des logiques d'actions différentes au même titre que les soignants. Le modèle de l'expérience de François Dubet, utilisé pour les soignants, pourrait-il servir pour analyser l'action des experts en GRH ? Les processus d'intégration, de subjectivation et de stratégie seraient un moyen de comprendre ce « tâtonnement » mobilisant diverses logiques (Dubet, 1994, p137). Les DRH agiraient au nom des valeurs des professionnels de santé mais aussi d'une éthique propre à la GRH. Ils seraient aussi en recherche d'une reconnaissance de leur singularité d'individus dans leurs activités professionnelles et concernés par les débats de société sur le rapport au travail et la place de l'hôpital. Ils seraient également des acteurs stratégiques, dans des jeux d'acteurs et de pouvoir pour faire passer leurs idées et faire reconnaître leur fonction.

Le modèle de l'expérience sociale de François Dubet pourrait donc aider à comprendre l'action des experts de la GRH. C'est du reste une théorie générale de l'action (Dubet, 1994) qui introduit l'incertitude de la production d'une pratique en GRH et les contradictions qui peuvent naître de la mobilisation par les experts de logiques d'acteurs composites. Les trois « moteurs de l'action » décrits par François Dubet devraient permettre de comprendre comment les DRH et leurs équipes agissent, c'est-à-dire ont des pratiques qui ont des caractéristiques à rapprocher de celles des quatre rôles types idéaux décrits par Dave Ulrich.

- Carlier P., Denis J-L., Lamothe L (2005), « Le rôle de dirigeant dans le pilotage de restructuration hospitalière », *Contandiopoulos D., Contandiopoulos A-P., Denis J-L., Valette A. (dir), L'hôpital en restructuration, regards croisés sur la France et le Québec*, p 107-117, Les Presses de l'Université de Montréal
- Cauvin C. (1997), « Etablissements de santé : spécificité de la gestion et particularité du management » in Simon Y. et Joffre P. (coord), *Encyclopédie de gestion, tome 1. Ed Economica*, pp1179-1205.
- Chaleix M et Mermilliod C, dir (2007), *Les établissements de santé, un panorama pour l'année 2005, Partie 3 « Données sur la situation sanitaire et sociale en France »*, La Documentation Française.
- Claveranne J- P. et Piovesane D. (2003), « La clinique privée, un objet de gestion non identifié », *Revue Française de Gestion*, vol 29/146, p.143-153.
- Colle R. et Moisson V. (2007) « L'impact du stress professionnel et du déséquilibre effort/récompense sur l'intention de départ des infirmières », *Actes du congrès de l'AGRH 2007*.
- Hennezel de M. (2004), *Le souci de l'autre*, Robert Laffont.
- Descolonges M. (1996), *Qu'est ce qu'un métier ?* Paris, PUF.
- Dubar C. et Tripiier P. (2005), *Sociologie des professions*, Armand Collin, 2^{ème} édition.
- Dubé F. (1994), *Sociologie de l'expérience*, Ed du Seuil.
- Dubé F. (2002) *Le déclin des institutions*, Ed du Seuil.
- Feroni I. et Kober-Smith A. (2005), « La professionnalisation des cadres infirmiers : l'effet de l'action publique en France et en Grande Bretagne », *Revue Française de Sociologie*, n° 46-3, pp 469-494
- Fraisie S., Robelet M. et Vinot D. (2003), « La qualité à l'hôpital entre incantations managériales et traductions professionnelles », *Revue Française de Gestion*, vol 29/146, p155-166.
- Friedson E. (1984), *La profession médicale*, Payot.
- Le Lau R. (2004), « Conditions de travail perçues par les professionnels des établissements de santé », in *DRESS, Eudes et Résultats*, n°335, <http://www.sante.gouv.fr/drees/>
- Le Louarn J-Y. et Wils T. (2003), « Mesurer la contribution de la GRH : un point de vue nord - américain », *Alouche J. (coord), Encyclopédie des ressources humaines*, Vuibert, p
- Maurice M. (1972), « Propos sur la sociologie des professions », *Sociologie du travail*, 14-2, p213-225
- Minvielle E. (2003), « De l'usage de concepts gestionnaires dans le champ de la santé. Le cas de la qualité hospitalière » *Revue Française de Gestion*, vol 29/146,
- Moison J-C. et Tonneau D. (1999) *La démarche gestionnaire à l'hôpital, tome 1, Recherche sur la gestion interne*, Arslan.
- Paradeise C. (2000), « Introduction », *Revue de Sociologie du travail* n°42, p3-11.
- Pichault F, Brouwers I., Cornet A., Gutierrez C., Rousseau, Warnotte G. (1997), *Management humain et contexte de changement. Pour une approche constructiviste*, De Boeck Université.
- Piovesan D. (2003), *Les restructurations des cliniques privées, adaptations, évolution ou métamorphose*, Thèse de doctorat en sciences de gestion, Université Jean Moulin, Lyon 3,

Pontier M. (1998) « Les démarches d'appréciation du personnel dans le secteur hospitalier » *Actes du congrès de l'AGRH*, p. 975-985.

Sainsaulieu I. (2006), « Les appartenances collectives à l'hôpital », *Sociologie du travail*, n°42, p72-87

Schweyer F-X. (2003), « Crises et mutations de la médecine hospitalière », in Kervasdoué (dir), *La crise des professions de santé*, p233-282, Dunod, Paris.

Takagi, (2006), « L'évolution du management des médecins américains », *Revue Française de Gestion*, vol 32, 168/169, p55-81.

Thévenet M. (2006), « Tous professionnels ! », *Revue Française de Gestion*, vol 32, 168/169, p15-35.

Vinot D. (1999), Le projet d'établissement à l'hôpital, de la formation du concept à son instrumentation », Thèse de doctorat en sciences de gestion, Université Jean Moulin, Lyon 3.

Ulrich D. (1997), *Human Resource Champions, the next agenda for adding value and delivering results*, Harvard Business School Press.